

**AVIS DE LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE
L'AUTONOMIE D'ÎLE-DE-FRANCE SUR LE PROJET DE RÉVISION DU
PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ**

- VU le code de la santé publique et notamment les articles L1434-3 et R1434-1 ;
- VU l'arrêté n° 2012-577 du 21 décembre 2012 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France relatif à l'adoption du projet régional de Santé d'Île-de-France modifié par l'arrêté n° 2013-081 du 25 février 2013 dans son volet hospitalier ;
- VU l'avis de consultation sur le projet de révision du projet régional de santé Île-de-France publié sur le site de l'Agence le 24 décembre 2014 et sur le Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de Région le 30 décembre 2014 ;
- VU l'ensemble des contributions rédigées par les membres de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie d'Île-de-France ;
- VU les contributions de la commission spécialisée Prévention, de la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux et de la commission spécialisée de l'organisation des soins ;

* *
*

La CRSA dans le cadre de la procédure de consultation sur la révision du projet régional de santé (PRS) a examiné les propositions qui lui ont été soumises par les services de l'Agence, sur l'actualisation de certains volets du SROS Hospitalier et sur le volet ambulatoire, dans la définition de zones fragiles et de zones destinées à mettre en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé.

Elle a mobilisé ses commissions spécialisées qui ont produit une contribution spécifique dans leurs champs de compétence et des membres de la CRSA représentant les usagers (CODERPA, CISS, APF), la Mutualité Française, les fédérations hospitalières et médico-sociales ou les unions régionales des professionnels de santé (masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes) ont rédigé des contributions qui seront jointes au présent avis.

Cet avis se veut donc synthétique et n'a pas la prétention d'analyser dans le détail les propositions établies par l'Agence. Il marque l'approbation de la conférence sur les grands axes de cette révision à la fois sur l'actualisation du volet hospitalier et sur le « zonage », mais attire aussi l'attention sur certains points de vigilance que la CRSA suivra de près tant au niveau de sa commission permanente que de ses commissions spécialisées.

Si le projet de révision du SROS « hospitalier » est limité dans son périmètre et dans son amplitude, il reprend certaines grandes orientations du PRS. L'accent est notamment mis sur la prise en charge à domicile qui s'exprime dans la formule de la « bascule ambulatoire », en lien avec la prédominance des maladies chroniques et l'impact du vieillissement sur le contenu des prises en charge, et avec le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète (HAD, hospitalisation de jour du SSR ou prise en charge de l'Insuffisance rénale chronique à domicile).

De même, l'évolution de la démographie des professionnels de santé mérite d'être régulièrement analysée afin d'adapter le système de santé régional. L'objectif des « zonages » est bien en effet de rééquilibrer l'offre de soins sur l'ensemble du territoire par une régulation de la profession considérée, et de lutter contre les disparités géographiques. Il constitue le seul élément opposable du volet ambulatoire du SROS et permet de définir des territoires qui sont ensuite éligibles à des mesures de soutien à l'offre des professionnels de santé libéraux.

La méthodologie employée avec la mise à jour et l'extension du zonage est aussi appréciée positivement. Les cantons ou quartiers identifiés par l'ARS sont également des quartiers prioritaires au regard de la politique de la ville. De même, les cantons à la population « socialement fragilisée » (IDH2 inférieur ou égal à 0.3) ont été intégrés dans les territoires déficitaires ou fragiles. Enfin, la nouvelle méthodologie de zonage employée permet de passer de 13 % à 30 % de la population francilienne, ce qui constitue une avancée appréciable.

Néanmoins, au delà de cet accord de principe, la CRSA appelle à la vigilance sur plusieurs points :

- **sur la révision du volet hospitalier du SROS PRS : 5 points de vigilance :**

- 1- La CRSA souhaite que cette révision soit appliquée **sans dogmatisme, avec souplesse et progressivité** dans la programmation et de manière **différenciée** selon les territoires ;
- 2- Le système de compensation **devra être modulé en fonction des situations locales** et des besoins, avec information de la commission spécialisée de l'organisation des soins ;
- 3- **La coordination entre acteurs de santé devra être mieux affirmée**, notamment pour l'hospitalisation à domicile (HAD) : avec les professionnels de santé de ville, avec les acteurs du médico-social, ou les services d'aide et de soins à domicile. Pour le secteur médico-social, malgré l'absence regrettée de révision concomitante du schéma médico-social, la CRSA prône par exemple une offre coordonnée de l'HAD dans le médico-social (EHPAD-Etablissements médicosociaux pour personnes en situation de handicap) ou avec les services d'aide et de soins à domicile (perspective de développement des services polyvalents de soins et d'aide à domicile).

Plus généralement, la CRSA recommande que la mise en œuvre de la politique de « bascule ambulatoire » s'accompagne d'une volonté sans faille de l'ARS de construire les parcours de santé avec l'ensemble des secteurs concernés : les acteurs de santé, d'une part (accès aux droits, couverture des restes à charge), mais aussi les acteurs de la politique de la ville, du logement et du social (action sur les déterminants).

- 4- Le développement de la bascule ambulatoire et notamment de l'HAD ne devra **pas « fragiliser » les patients et leurs proches**. Il devra s'accompagner d'une réflexion d'ensemble pour que les besoins quotidiens des patients hospitalisés à domicile soient anticipés, évalués et pris en compte notamment :
- en matière d'accompagnement des aidants familiaux ;
 - de soutien aux patients en situation de précarité sans aidant naturel ;
 - et de renforcement de la formation et des conditions d'emploi des personnels concernés par l'aide à domicile.

Il conviendra également de prendre en compte les incidences importantes de la promotion de l'hospitalisation de jour en matière de transports pour les patients et d'accompagnement.

- 5- La CRSA demande enfin **une évaluation** des dispositifs mis en œuvre, et que les instances de la CRSA en soient informées.

- **sur le zonage : 3 points de vigilance :**

- 1- La CRSA relaie le souhait de certains professionnels de santé de voir prise en compte « la complémentarité de l'offre basée sur les densités d'infirmiers, de kinésithérapeutes, de chirurgiens-dentistes, de médecins spécialistes du premier recours, de sages-femmes et le nombre de centres de santé sur le territoire ».

Comme le souligne la contribution de l'URPS des masseurs kinésithérapeutes : « *le principe généralement adopté du soutien aux médecins, comptant par-là que la gravitation des autres professions de santé autour de ces derniers se fera naturellement, et donc sans effort de soutien particulier, est cruellement ressenti par les professionnels paramédicaux, notamment les kinésithérapeutes, comme une discrimination injuste à leur détriment* ».

Elle souhaite en conséquence un vrai effort à la mesure des problèmes posés (chute démographique dans certains secteurs).

- 2- Elle regrette aussi l'absence de concordance des zones définies par l'Etat et celles définies par l'Assurance maladie et pour l'attribution des différentes aides aux médecins, **une plus grande synergie** entre les actions des collectivités locales, des services de l'Etat et de l'Assurance Maladie ;
- 3- Elle demande enfin que **l'évaluation des effectifs** (voire la prise en compte de l'ensemble des ressources du territoire, y compris les services de prévention collective) **et l'activité des professionnels** (notamment en équivalent temps plein) soient effectuées de façon plus fine, pour que les éléments de comparaison soient plus faciles.

En conséquence, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie d'Île-de-France réunie en séance plénière le mardi 17 février émet un avis positif sur ce projet de révision et insiste pour que les points de vigilance évoqués soient pris en compte par l'Agence Régionale de Santé Île-de-France.

Vote à l'unanimité avec 6 abstentions, le 17 février 2015.



LISTE DES CONTRIBUTIONS DES INSTANCES DE LA CRSA ÎLE-DE-FRANCE

Représentants des usagers des services de santé ou médico-sociaux :

- Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS IDF)
- Représentants des associations de retraités et de personnes âgées (Comités Départementaux des retraités et de personnes âgées CODERPA)
- Association des Paralysés de France (APF IDF)

Offreurs des services de santé :

- Fédération Hospitalière de France (FHF IDF)
- Fédération des Etablissements Hospitaliers d'aide à la personne et Union Régionale Inter Fédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaire et Sociaux (FEHAP URIOPSS IDF)
- Union Régionale des Professionnels de Santé des Sages-Femmes (URPS-SF-IDF)
- Union Régionale des Professionnels de Santé des Masseurs-Kinésithérapeutes d'Île-de-France (URPS-MK-IDF)

Acteurs de la cohésion et de la protection sociales :

- Mutualité Française Ile-de-France



Avis du CISS IDF sur le projet de révision du SROS

Ce projet de révision du SROS à mi-parcours ne concerne que des révisions ciblées qui, selon le préambule de l'Agence, ne peuvent attendre.

Le CISS IDF prend note et s'étonne qu'aucune révision n'est souhaitée par l'ARS IDF dans le champ médico-social alors que des révisions ciblées du volet hospitalier, SSR, hôpital de jour, HAD, soins palliatifs, par substitution de lits ou places sanitaires, ont des implications directes sur l'organisation et la continuité des soins à domicile et dans les établissements médico-sociaux. Il semble ainsi peu cohérent de fixer un axe prioritaire HAD avec « subsidiarité en ambulatoire et médicosocial » et son « développement en EHPAD et ESMS » sans envisager simultanément une révision du SROS médicosocial.

Le glissement systématique dit « bascule ambulatoire » ne devrait pas répondre à la seule logique purement comptable de réduction du déficit des Hôpitaux, vers des structures moins coûteuses car moins dotées en professionnels soignants formés et compétents. Ce glissement risque de frapper directement les personnes les plus fragiles, âgées, handicapées ou en difficultés spécifiques, atteintes de maladies chroniques invalidantes, et ne permet pas d'assurer la continuité et la qualité de leurs soins par un accompagnement adapté. Un tel projet de révision du SROS nécessiterait d'être accompagné d'un réel plan de formation des personnels concernés, qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux, afin de garantir le maintien voire l'amélioration pourtant affirmée, de la qualité de la prise en charge de ces usagers fragiles.

Le CISS IDF approuve la recommandation qui propose de « mieux répartir l'offre HAD dans le territoire » mais insiste sur l'impérative nécessité d'une juste évaluation environnementale, humaine et matérielle, du lieu de vie individuel ou collectif, avant toute proposition en alternative à l'hospitalisation continue.

Ces transferts ont souvent comme conséquence directe de faire peser, financièrement et moralement, sur les patients âgés et leurs aidants familiaux, les nécessaires accompagnements de leur vulnérabilité aggravée en sortie d'hospitalisation : aménagement de domiciles inadaptés aux nouvelles conditions de leurs pertes d'autonomie venant bouleverser leurs repères et habitudes, modifications de la vie professionnelle des aidants familiaux en activité, maladies graves frappant les aidants familiaux âgés, mais surtout solitude à domicile de nombreuses personnes âgées laissées sans soin ni surveillance après les passages ponctuels de l'HAD ou du SSIAD pendant de nombreuses heures et toute la nuit.

Le CISS IDF attire l'attention des membres de la CRSA, et tout particulièrement celle des représentants des collectivités locales, sur ces révisions prévues du SROS dans une logique de « bascule ambulatoire ». Celle-ci ne peut être envisagée qu'associée à une politique de l'habitat volontariste et financée. L'accessibilité et les aménagements sanitaires ne sont que trop souvent inadaptés à une prise en charge ambulatoire par une HAD, alors que la moyenne des revenus mensuels de nombreux usagers ne leur permet pas d'auto financer des travaux ni d'attendre les nombreux mois d'instruction des dossiers pour obtenir des aides.

Le CISS IdF souhaite de plus que la définition de territoire ne se borne pas à un calcul des taux de recours mais prenne en compte l'aménagement du territoire, l'accessibilité, ainsi que la démographie médicale et paramédicale.

L'enchaînement des difficultés qui majorent les inégalités de l'accès aux soins notamment des personnes âgées et de leur continuité selon leurs lieux de vie et leurs moyens financiers ne semble pas avoir été pris en compte dans les réflexions de l'ARS sur l'évolution du SROS, dont le cloisonnement institutionnel perdure.

Le Bureau du CISS IDF

Le 10 Janvier 2015

Avis des représentants des associations de retraités et de personnes âgées

Sur le projet de révision du SROS

Un angle particulier : **l'intervention de l'HAD dans les EHPAD.**

Le projet de révision du SROS, à mi parcours, concerne la Commission médico-sociale d'accompagnement de la CRSA, particulièrement sur l'un des axes majeurs : **la bascule ambulatoire pour l'hospitalisation à domicile.**

Le dispositif d'HAD, point de rencontre entre la médecine hospitalière et la pratique ambulatoire, est également, par son équipe pluridisciplinaire, en charnière avec le secteur médico social du soutien à domicile et les EHPAD, et en l'occurrence touche toutes les populations, y compris les personnes âgées de plus de 75 ans fragiles et dépendantes. En 2010 les personnes âgées de plus de 75 ans prises en charge en HAD ont représenté 14% des séjours réalisés, alors que l'on sait qu'entre 2010 et 2020 cette population augmentera de 14% et celle des personnes dépendantes de 20% sur cette même période. Selon une étude réalisée par la Direction Régionale de l'INSEE en partenariat avec l'ARS(2011) le nombre de personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus devrait passer de 130 000 en 2010 à 158 000 en 2020, **soit 28 000 personnes supplémentaires.**

Notre région se caractérise par un déficit de places d'HAD, notre moyenne est **de 20 patients par jour pour 100 000habitants**, alors que la circulaire **visé 30 à 35 patients par jour**. Il s'agit donc de créer 2 000 places supplémentaires, par substitution, à l'horizon 2018. (Le compte rendu de la séance plénière de la CRSA, en date du 9/12/2014 fait état de la création de **2 000 places**, le document SROS proposé à la révision annonce **1 500 places**, soit une progression de 300 à 400 places chaque année. Le nombre est à préciser)

Depuis **2007 l'HAD est autorisée à intervenir dans les EHPAD**, pour mieux prendre en charge les personnes accueillies, diminuer les temps d'hospitalisation ou mieux les éviter. Or cette intervention en **EHPAD** reste marginale : **2,6 % des journées réalisées en 2010**, alors que les besoins y sont identifiés. Entre 2008 et 2013, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation note, au plan national, une augmentation soutenue de l'activité de l'HAD dans les EHPAD mais de situations régionales contrastées mais nous ne disposons pas de précisions pour notre région ; la prise en charge de la douleur est une activité majeure de l'HAD nettement mieux équipée en moyens techniques que les EHPAD. Cependant des freins de natures différentes participent probablement à ce sous recours à l'HAD.

- **Les freins d'ordre réglementaire, spécifique aux EHPAD**, (nous n'avons pas d'éléments sur le recours à l'HAD dans les autres ESMS. La possibilité d'intervention de **l'HAD dans les ESMS** autres que les EHPAD date de **septembre 2012**) :

-**le tarif minoré de 13%, depuis 2012** ; lié au fait que l'Assurance Maladie finance déjà les EHPAD et que certaines tâches usuellement assurées par le personnel **de l'EHPAD**, le serait ici par celui de l'HAD.

-**la liste limitative des indications de prise en charge pour l'admission en HAD** d'un résident d'EHPAD (arrêté du 16 mars 2007) qui diminue d'emblée les possibilités d'intervention de l'HAD en EHPAD. Nous ne disposons pas d'éléments pour savoir si les motifs de non prise en charge pour une intervention d'HAD en EHPAD sont des facteurs de difficultés pour les résidents, mais on peut le supposer. Le document de révision du SROS nous fait part de la réalisation d'un cahier des charges pour permettre la mise en place de la circulaire du 4/12/2013. Il devrait préciser la pertinence des prises en charge en HAD aussi bien à l'entrée que dans la durée.

Les conditions d'intervention de l'HAD en soins palliatifs ou en suite de SSR sont, sur ces deux thèmes, assez drastiques. Les réseaux et les équipes mobiles permettent d'améliorer les soins aux résidents et d'aider les équipes de l'EHPAD. L'intervention, actuellement expérimentale, des infirmières de nuit dans les EHPAD complétera, si elle est prolongée, le panel d'interventions possibles.

- **Les freins d'ordre relationnel : une méconnaissance réciproque** : les EHPAD que nous avons interrogés, nous confirment que l'HAD ne fait pas partie de leur « chemin clinique ». Habités à organiser les prises en charge avec leurs moyens et ceux de leurs partenaires (libéraux, équipes mobiles, réseaux), à évaluer les risques, « ils n'ont pas le réflexe HAD ». Et c'est probablement vrai. De son côté, entre deux prises en charge à domicile et en EHPAD, l'HAD privilégiera, à situation égale, le domicile du fait de son isolement. Des EHPAD, en IDF, sont aussi confrontés à des refus de prise en charge de patients par l'HAD, par manque de place. (Autres difficultés signalées : le partage des outils de transmission propres à l'EHPAD, les dossiers internes à l'EHPAD sont rarement renseignés par les équipes de l'HAD ; La peur des infirmières de l'EHPAD d'être dévalorisées face à leurs collègues de l'HAD). Il y a lieu de s'engager, dans l'intérêt des patients et des personnels, vers une véritable reconnaissance des statuts propres à chaque intervenant.

L'augmentation de la capacité de l'HAD, est actée. La marge de progression est conséquente : les prescriptions d'HAD à partir du domicile n'est que de 5% dans notre région contre 32% au niveau national et le taux d'intervention très bas en EHPAD est à relever. Le taux bas de pénétration de l'HAD dans les EHPAD est peut-être aussi lié au degré de médicalisation des structures en IDF et à la formation des personnels. La nature des relations entre l'HAD et les structures du soutien à domicile et les EHPAD devrait être dynamisée, à travers une politique de formation et de métiers. Ces points sont développés dans le document SROS. Le CODERPA 75 s'interroge, pour sa part, sur la mobilité des personnels et la possibilité de mise en place de rapprochements entre les établissements et les services à domicile, principalement par des formations communes et des stages d'une structure à l'autre.

Pour « positionner l'HAD à sa juste place et valoriser sa place dans le parcours de soins », ne pourrait-on envisager des débats publics comme ceux organisés par la CRSA sur la fin de vie à domicile ou la santé et le bien être des adolescents ? Pour informer et mobiliser les prescripteurs pourrait-on envisager une **conférence de consensus** entre médecins hospitaliers, médecins libéraux et médecins CO ? **Notre commission pourrait être force de proposition pour une véritable mobilisation visant à améliorer les conditions de l'intervention de l'HAD dans les EHPAD, pour les patients, leurs familles et pour les personnels.**

Deux points abordés dans le SROS et sur lesquels nous ne disposons pas d'éléments : les interventions d'HAD de psychiatrie et ses liens avec les EMP, les CMP et les filières gériatriques. Mais également les relations entre les services d'urgence, l'HAD et les EHPAD. Les conventions types hospitalières des EHPAD ne traitent pas de cet aspect.

Le document du SROS évoque à deux reprises les inégalités liées à la barrière d'âge à 60 ans pour les personnes handicapées qui ne peuvent bénéficier de l'APA, mais souligne aussi que le régime d'Aide Sociale leur est plus avantageux ne faisant pas l'objet d'une récupération sur succession. Etant donné l'importance majeure de ce sujet, effleuré dans le document, nous pourrions à nouveau prendre position sur cette aberration.

Le document du SROS insiste sur **la liberté laissée aux patients de choisir leur lieu de vie**. Mais quelle liberté de choix sans une bonne information ? Quelle liberté de choix sous la pression des contraintes de la vie ? Le SROS invite à inscrire les établissements hospitaliers dans les contrats locaux de santé, avec la ville (médecins traitants, paramédicaux, acteurs sociaux), avec le SSR, l'HAD, la psychiatrie et le médico social. **La bascule ambulatoire doit s'inscrire dans ce qui existe sur un territoire donné**, élément complémentaire de l'environnement : les personnes citoyennes, leurs besoins, leurs moyens, le personnel des structures, leur nombre, leur qualification et l'adaptation de l'habitat, l'accessibilité physique et financière des alternatives.

Nous partageons l'avis du bureau du CISS, le 10 janvier 2015, sur le projet de révision du SROS sur l'intervention de l'HAD au domicile « la bascule ambulatoire ne peut être qu'associée à une politique de l'habitat volontariste et financée. L'accessibilité et les aménagements sanitaires ne sont que trop souvent inadaptés à une prise en charge ambulatoire par une HAD, alors que la moyenne des revenus mensuels de nombreux usagers ne leur permet pas d'auto financer des travaux ni d'attendre des mois d'instruction des dossiers pour obtenir des aides ».

Collège 2 : représentantes des associations de retraités et personnes âgées

Christine Patron, Marie-Françoise Nozieres

Le 25 janvier 2015

Révision SROS

Dans la prolongation des contributions du CISS Ile de France et de l'URIOPSS Ile de France, le conseil APF-Ile de France des adhérents, usagers et élus départementaux représentés, souhaite attirer l'attention des membres de la commission pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux et de la commission permanente sur les nécessités de coordinations en amont des sorties des personnes en situations de handicap en Ile de France vers une prise en charge HAD.

-Contribution :

Les besoins quotidiens des personnes reconnues administrativement en situation de handicap par les MDPH, comme les patients dont les répercussions réduisent leur autonomie pour l'un des six gestes essentiels de la vie quotidienne avant leur prise en charge en HAD, doivent bénéficier de :

-La mise en place d'un suivi coordonné de la qualité des intervenants, services MS/Marchands, en amont de la constitution d'une demande à venir/presentie comme utile pour l'usager dans la perspective d'une éventuelle et possible orientation MDPH.

C.Boulangier-Reijnen

Conseil APF Ile de France

Contribution de la FHF Ile de France Au projet de révision du SROS-PRS (volet hospitalier) 15 janvier 2015

Introduction

Depuis la publication du SROS-PRS, de nombreuses évolutions ont eu lieu, tant en ce qui concerne l'environnement réglementaire que l'organisation des établissements. L'ARS a lancé une révision, mineure ou majeure, de différents volets du SROS.

La Fédération hospitalière de France – Ile de France accueille favorablement un nombre d'équipements en imagerie lourde plus proche des besoins de la population, qui font l'objet d'une nouvelle cible dans ce projet de révision (27 possibilités d'installations supplémentaires pour les IRM, 4 pour les Scanners).

Elle a choisi de se limiter à trois propositions d'amélioration :

- Sur la révision des bornes, notamment en chirurgie oncologique ;
- Sur la réanimation ;
- Sur la « bascule ambulatoire ».

La révision des bornes

Dans le prolongement du courrier cosigné par l'ensemble des Fédérations régionales et adressé à l'ARS, en date du 15 décembre 2014, nous réaffirmons notre demande qu'une certaine souplesse soit appliquée pour prendre en considération les évolutions des projets, sans pour autant remettre en cause les orientations principales du SROS.

En particulier au sujet de la cancérologie¹ et de la réanimation², il ne semble pas utile de supprimer à chaque fois les implantations quand les établissements se sont vu retirer leur autorisation suite à des visites de conformité ou à cause d'un niveau d'activité en-deçà des seuils réglementaires, afin de laisser la possibilité à ces établissements ou à d'autres de se repositionner sur ce segment d'activité.

La réanimation

Le projet de révision du SROS introduit des critères qualitatifs. Dans ce sens, deux nouveaux articles sont prévus³ :

1.28.2.5 Amélioration de la qualité de la prise en charge

Il est recommandé que les établissements titulaires d'une autorisation de réanimation remplissent un tableau de bord d'indicateurs de qualité qui est suivi de manière régulière. Afin d'accompagner les établissements dans l'élaboration du tableau de bord, des indicateurs, déterminés par un groupe d'experts, couvriront les axes suivants : médical, activité, organisation, compétence des professionnels, sécurité de la continuité et de la permanence des soins.

¹ Pages 152 et suivantes du projet de révision du SROS

² Pages 312 et suivantes du projet de révision du SROS

³ Page 315 du projet de révision du SROS

1.28.2.6 Gradation des soins

Compte tenu des contraintes liées aux difficultés de démographie médicale et de la nécessité d'assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins, il est recommandé d'organiser une gradation des soins critiques (urgences vitales, réanimations, unités de soins intensifs, unités de surveillance continue) sur l'ensemble de la région. Cette gradation des soins critiques fait intervenir l'ensemble des partenaires situés sur une même zone d'intervention. Elle est nécessaire pour améliorer la qualité de la prise en charge et permet d'établir, par des partenariats inter-établissements, des filières de prise en charge lisibles et sécurisées.

L'ARS entend donc proposer une amélioration de la qualité de la prise en charge sur la base d'un tableau de bord d'indicateurs ainsi qu'une gradation des soins critiques.

La FHF Ile de France partage cet objectif d'amélioration de la qualité et rappelle que la gradation des soins ne doit pas se faire au détriment de la prise en charge de proximité.

Elle rappelle par ailleurs les termes de l'Instruction du ministère des Affaires sociales et de la Santé n° DGOS/R3/2014/229 du 22 juillet 2014 relative à l'application des articles L. 6122-2, L. 6123-1, L. 6124-1 et R. 6122-34 relatifs aux autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds et notamment (page 3) :

« Aucune norme ou « critères » régionaux opposables complémentaires ne peuvent être créés à votre niveau y compris pour les activités de soins ne faisant pas l'objet de conditions d'implantation ou de conditions techniques de fonctionnement.

A ce titre, les éventuelles préconisations de qualité relatives aux activités de soins ou équipements matériels lourds figurant dans le SROS doivent être regardées comme incitatives, et en aucun cas opposables (CE, 15 fév. 1999, URHP Nord-Est : les cahiers de prescriptions particulières annexées au corps du schéma avaient été censurés pour incompétence de leur auteur). De même, des « cahiers des charges », inspirés d'analyses locales ou de travaux de sociétés savantes par exemple non prévus par la réglementation en vigueur, ne peuvent être édictés pour être opposés aux demandeurs afin de départager des demandes concurrentes, et motiver des décisions, tant favorables que défavorables. »

La « bascule ambulatoire »

Si notre Fédération n'est pas hostile au principe du développement des alternatives à l'hospitalisation complète, elle s'interroge fortement sur les modalités de mise en œuvre proposées et notamment le calendrier ainsi que la méthodologie.

S'agissant du souhait de l'Agence de systématiser, à budget constant, l'existence d'hôpitaux de jour SSR dans les établissements actuellement dotés de lits d'hospitalisation complète⁴, un accompagnement semble plus que jamais nécessaire. Cette demande a fait l'objet d'un accueil favorable de l'Agence ; reste à en préciser les modalités.

S'agissant de la création de places d'hospitalisation à domicile par substitution à des lits d'hospitalisation complète⁵, nos instances ont exprimé de vives inquiétudes sur les points suivants :

- au niveau médical (quel impact des lits fermés sur le fonctionnement des établissements ? Quelles évolutions des projets médicaux et des modes de prises en charge ? Qu'en est-il des personnes âgées et/ou vulnérables socialement, pour qui le recours à une hospitalisation à domicile est difficile, voire inenvisageable ?) ;

⁴ Pages 354 et 355 du projet de révision du SROS

⁵ Pages 384 et suivantes du projet de révision du SROS



- au niveau social (quel impact des modifications envisagées sur la situation personnelle des agents et le dialogue social au sein de nos établissements ?) ;
- au niveau financier (quel impact de ces substitutions sur l'équilibre comptable de nos établissements, particulièrement difficile à atteindre dans le contexte économique actuel ?).

L'augmentation de capacité de 1 100 places d'HAD supplémentaires à échéance du SROS, fin 2017, nous paraît plus raisonnable que l'échéance prévue initialement de 1 500 places à horizon 2018.

Ces modalités d'accompagnement sont encore à préciser. Par exemple, la FHF Ile de France souhaite être associée à la rédaction du cahier des charges HAD.

Le projet de révision du SROS, soumis à la concertation par l'ARS Ile-de-France, répond à un besoin d'actualisation qui est partagé par tous. En effet, le paysage sanitaire, et plus particulièrement hospitalier, francilien a fortement évolué depuis la publication du SROS. Cependant, certains éléments peuvent encore être travaillés pour être plus adaptés aux projets de structures.

➤ Modalités de concertation et exercice de la démocratie en santé

En préalable, nous tenons à souligner que nous regrettons la publication tardive de cette révision,

- qui plus est en toute fin d'année, ce qui rend difficile une étude approfondie,
- dans un délai de 2 mois, déjà très court et de surcroît réduit de fait,
- et dans une échéance non articulée avec le calendrier prévisionnel des instances

de concertation de la CRSA,

alors même que l'amélioration de la qualité de cette concertation est bien recherchée par le Directeur général de l'Agence (cf entretien de la délégation de la commission permanente avec le DGARS du 28 novembre 2014).

En outre, le document soumis à concertation n'est pas organisé sur la même matrice que le SROS – PRS dans sa version actuelle. Cette différence complexifie la comparaison entre les différentes versions, ce qui peut altérer la qualité des échanges sur les évolutions engagées.

Par ailleurs, dans la même optique de clarté et de transparence, et comme c'est le cas pour les modifications, le fait de faire apparaître les suppressions serait appréciable. Par exemple, le paragraphe suivant n'apparaît plus dans le SROS corrigé¹ - thématique Equipements Matériels Lourds :

¹ Remplacé dans une autre partie de la thématique EML par « il est recommandé que ces objectifs soient progressivement atteints tout au long de la période d'exécution du schéma et que les demandes soient prioritaires en fonction de la qualité de leur projet médical ».

7.5.4.2 Le rythme de délivrance des autorisations doit s'échelonner sur les cinq années d'exécution du SROS-PRS :

Les propositions quantitatives sont présentées dans les tableaux pour la période d'exécution du schéma cible ; un tiers, au maximum, des autorisations disponibles pourront être délivrées chaque année.

Ce schéma cible doit faire l'objet d'une révision au plus tard en 2015 pour s'adapter à la réévaluation des besoins, aux évolutions technologiques éventuelles comme à la diversification des appareils proposés par les constructeurs.

➤ **Possibilités d'introduction d'une certaine souplesse dans l'application du schéma**

Dans la suite de la note interfédérale envoyée à l'ARS à ce sujet, nous souhaiterions qu'une certaine souplesse puisse être introduite dans l'ensemble des thématiques pour tenir compte des évolutions de projets, tout en restant compatibles avec les orientations générales du SROS.

Par exemple, sur la thématique cancérologie, il n'est pas nécessaire de faire disparaître systématiquement les implantations lorsque les établissements perdent leurs autorisations pour non atteinte des seuils réglementaires afin de laisser à ces établissements – ou à d'autres- la possibilité de (re)développer cette activité. Il en est de même pour l'activité de réanimation.

➤ **Propositions et remarques ciblées sur quelques thématiques**

○ Médecine d'urgence

Le deuxième tableau dans les objectifs d'implantation (p.289) n'a pas de légende et ne semble pas correspondre à l'astérisque proposée. La lecture de ces objectifs n'est donc pas aisée.

○ IRC

La FEHAP et l'URIOPSS sont en désaccord avec l'absence d'implantations opposables pour l'hémodialyse à domicile et la dialyse péritonéale dans un SROS dont la vocation est bien d'organiser la cohérence et la confrontation de l'offre, sans redondance. Cela d'autant plus que pour l'hémodialyse à domicile et pour la dialyse péritonéale, des implantations supplémentaires (mais non opposables ?) sont prévues.

- La page 240 où il est précisé que « le SROS-PRS ne prévoit pas d'implantation opposable pour l'activité d'hémodialyse à domicile par territoire de santé. Il est considéré que toute structure réalisant une activité de traitement de l'IRC doit pouvoir développer une activité d'hémodialyse à domicile et solliciter l'autorisation de cette modalité de prise en charge »,
- et la page 241 « le SROS-PRS ne prévoit pas d'implantation opposable par territoire de santé. Il est considéré que tout site réalisant une activité de traitement de l'IRC

doit pouvoir développer une activité de dialyse péritonéale et de solliciter une autorisation, après formation de son équipe médicale et paramédicale », ne peuvent être laissées en l'état au risque de rendre le SROS illégal, selon les indications de nos experts nationaux : une autorisation supplémentaire ne peut être délivrée que dans le cadre des besoins identifiés dans le SROS, en conformité avec les conditions techniques d'implantation et de fonctionnement issues des textes réglementaires. Jean Debeaupuis, DGOS, a explicitement indiqué à Yves-Jean Dupuis, Directeur général de la FEHAP, le 29 janvier 2015, qu'il n'est pas dans l'intention du Ministère de donner des autorisations d'IRCT polyvalentes. Nous soutenons par ailleurs l'intérêt d'un plan régional de soutien et de développement de la dialyse hors centre et à ses opérateurs autorisés actuellement.

Par ailleurs, concernant les nouvelles modalités de prises en charge, il n'est pas évoqué la possibilité d'expérimenter la dialyse nocturne longue (p.237) notamment dans la modalité autodialyse qui est particulièrement bien adaptée à cette prise en charge. La réglementation actuelle prévoit que lorsqu'un établissement propose de l'autodialyse, un même poste de dialyse ne peut pas accueillir plus de 2 patients par jour. Cette restriction peut se justifier lorsque l'autodialyse est faite pendant la journée, afin de permettre aux patients d'avoir une plus grande latitude quant à leurs horaires de traitement. Mais elle n'est plus du tout justifiée lorsqu'il s'agit d'autodialyse faite la nuit. Il faut donc – au moins dans le cadre des expérimentations – que l'ARS autorise un établissement à faire 3 séances par jour sur un même poste, dont 1 en autodialyse longue nocturne. En outre, dans le même paragraphe, le SROS invite à développer la dialyse à domicile grâce à de nouvelles petites machines. Or ces innovations coûtent très cher et sont un frein au développement de ces techniques. Il faut donc prévoir une politique de financement pour accompagner ces innovations.

Enfin, il est regrettable que la perspective d'une UDM supplémentaire dans les Yvelines n'ait pas été retenue (p.239).

o HAD

Il nous semble que l'augmentation de capacité de 1 100 places supplémentaires à échéance du SROS (fin 2017) est plus raisonnable que l'échéance prévue dans le projet initial de révision du SROS, de 2 000 places à horizon 2018. Cependant, nous nous interrogeons sur la mise en œuvre effective des deux dispositions suivantes:

- Le développement de l'HAD se fait par substitution à l'hospitalisation conventionnelle (avec hébergement) prioritairement dans les zones où le taux de recours est le plus faible
- La distinction entre ES-HAD installés et ES-HAD intervenants et ses fondements juridiques.

Par ailleurs, les modalités de développement de cette activité doivent faire l'objet d'une attention et d'une stratégie toutes particulières, privilégiant :

- Une démarche d'expérimentations du fait d'une nécessaire montée en charge progressive pour un développement « harmonieux » et cohérent, sur les « territoires » prioritaires en termes de recours à l'HAD
- Une programmation spécifique du développement de l'HAD dans les établissements sociaux (notamment les CHR) et médicosociaux (EHPAD, MAS,

FAM, IME,...) pour permettre l'accès au droit commun aux personnes vivant dans un domicile dit de substitution

- L'élaboration d'une démarche concertée et modélisable de développement, avec l'ensemble des partenaires concernés d'un bassin de vie
- La cohérence entre le plan de développement de l'HAD et le plan de restructuration du secteur médicosocial piloté par l'Agence.

- o SSR

La FEHAP et l'URIOPSS comprennent et soutiennent la nécessaire bascule vers l'ambulatoire qui entraîne la diminution de l'offre en hospitalisation complète au profit du développement de l'hospitalisation de jour, privilégiant le principe d'activités diversifiées et équilibrées des établissements, leur facilitant ainsi les adaptations nécessaires au regard des attentes des personnes et de leurs besoins.

Cependant, nous souhaitons souligner le fait que cette substitution ne peut être qu'une recommandation et nous craignons qu'elle ne se fasse par contrainte financière uniquement pour les établissements sous DAF.

Par ailleurs, nous soulignons l'intérêt de la précision « il est recommandé que ces objectifs soient progressivement atteints tout au long de la période d'exécution du schéma et que les demandes soient priorisées en fonction de la qualité de leur projet médical ». Nous souhaitons que l'Agence s'attache à suivre et à évaluer la réalité de la mise en œuvre de cette recommandation.

- o Soins palliatifs

La FEHAP et l'URIOPSS sont satisfaites des modifications apportées à la thématique Soins palliatifs et à la clarification de l'articulation entre le volet thématique et le volet mission de service public. Il apparaît désormais plus clairement que les LISP ne relèvent pas de la MSP Soins palliatifs.

**CONTRIBUTION DE L'URPS SAGES-FEMMES A LA
CONCERTATION FORMELLE
AUTOUR DE L'ACTUALISATION ET DE L'EVOLUTION
DU ZONAGE.**

Il est à noter que la méthodologie utilisée en 2012, dans son 2^{ème} critère, poster 10, basée sur la complémentarité de l'offre, n'a pas pris en compte les sages-femmes libérales qui assurent elles aussi le 1^{er} recours en assurant le suivi de grossesse physiologique ainsi que le suivi gynécologique de prévention et la contraception en ville.

C'est pourquoi nous demandons que soit réécrit ainsi ce 2^{ème} critère méthodologique et que bien entendu l'évaluation du zonage prenne en compte cette modification :

« La complémentarité de l'offre, basée sur les densités d'infirmiers, de kinés, de chirurgiens-dentistes, de **médecins** spécialistes du 1^{er} recours, **de sages-femmes** et le nombre de centres de santé sur le territoire ».



UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ
REGROUPANT LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES D'ÎLE-DE-FRANCE
URPS-MK-IDF

CONTRIBUTION DE L'URPS-MK-IDF À LA RÉVISION DU SROS-PRS



janvier 2015

Destinataire : Monsieur Claude Évin, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France



Sommaire

Préambule	3
I. Révision du SROS ambulatoire : Actualisation et évolution des zones déficitaires et fragiles en Île-de-France.....	4
1. La méthodologie du zonage.....	4
2. Les types de zones identifiées	4
3. La démographie des kinésithérapeutes	4
3.1. Données d'analyse	5
3.2. Île-de-France	5
3.3. Paris.....	5
3.4. Seine-et-Marne.....	5
3.5. Yvelines.....	6
3.6. Essonne.....	6
3.7. Hauts-de-Seine.....	7
3.8. Seine-Saint-Denis	7
3.9. Val-de-Marne	8
3.10. Val d'Oise	8
II. Révision du SROS hospitalier.....	9
1. Volet SSR	9
1.1. Éléments méritant attention particulière	9
Article 13.1.2	9
Article 13.6.2.2.....	9
1.2. Propositions d'ajouts	9
Article 13.1.1 Les fondamentaux du SSR (page 329)	9
Article 13.1.2 Une mise en œuvre par étapes et pluriannuelle	10
Article 13.6.2.2 Développer la mission « ressource » du SSR au service du parcours de soins et de santé, dans le territoire.....	10
Conclusion	10
2. Volet HAD.....	11
Conclusion	12
Annexe : Actualisation et évolution des zones déficitaires et fragiles en Île-de-France	13
La démographie des kinésithérapeutes	13
Île-de-France	13
Seine-et-Marne	13
Yvelines	14
Essonne	15
Hauts-de-Seine	16
Seine-Saint-Denis.....	17
Val-de-Marne	18
Val d'Oise	19

Préambule

Monsieur le directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France,

Suite à la décision de révision prise lors du **Comité Exécutif de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France** du 5 juin 2014, conformément à l'**article R1434-1** alinéa 4 du code de la santé publique, et en vertu de l'**article R4031-2** du code de la santé publique mentionnant que les Unions Régionales des Professionnels Santé, qui contribuent à l'organisation de l'offre de santé régionale, peuvent formuler un avis sur ce projet de révision, l'**Union Régionale des Professionnels de Santé** regroupant les masseurs-kinésithérapeutes d'Île-de-France souhaite apporter ses commentaires sur ce document.

Cette révision à mi-parcours du Projet Régional de Santé trouve à nos yeux toute sa pertinence eu égard notamment à **l'évolution démographique des professionnels de santé d'une part, aux nouvelles directives concernant l'hospitalisation à domicile et à la nécessaire transformation de l'équilibre entre l'ambulatoire et les soins de suite et de réadaptation, d'autre part.**

Toutefois, la révision proposée nous semble ne pas aller suffisamment loin dans certains cas, **manquer de certaines précisions dans d'autres.**

Nous proposons donc **ci-après d'une part des ajouts et modifications au projet de révision, d'autre part des pistes de discussion complémentaires avec les services de l'Agence.**

I. Révision du SROS ambulatoire : Actualisation et évolution des zones déficitaires et fragiles en Île-de-France

L'évolution de la démographie des professionnels de santé mérite de toute évidence d'être régulièrement analysée afin d'adapter notre système de santé, et nous notons avec satisfaction que le premier axe structurant la révision du SROS vise à permettre le développement des soins ambulatoires.

Le zonage ambulatoire étant l'outil principal de la politique régionale mise en œuvre par l'ARS, il est primordial que son élaboration soit la plus pertinente possible, tant pour l'offre de soins principale que représentent les professionnels de santé libéraux, que pour l'offre complémentaire que constituent les maisons et pôles de santé, et les centres de santé.

1. La méthodologie du zonage

Nous avons à maintes reprises, tant lors de l'élaboration du Plan Stratégique Régional de Santé ou du premier Projet Régional de Santé que lors des réunions du Comité de pilotage du SROS ambulatoire, regretté le caractère trop médico-centré des indicateurs employés.

En effet, des quatre indicateurs utilisés, deux concernent exclusivement les omnipraticiens, un la fragilité de la population, et dans le quatrième sont noyées toutes les composantes de la complémentarité de l'offre de soins. Si le zonage se veut pluri-professionnel, la méthodologie l'est beaucoup moins.

Bien qu'il ne soit évidemment pas envisageable d'établir un zonage propre à chaque profession, l'analyse comparée au regard de la répartition des kinésithérapeutes fait ressortir de grandes inégalités territoriales, quelquefois étonnantes dans un sens comme dans l'autre.

Par ailleurs, nous avons maintes fois évoqué qu'une méthodologie retenant des indicateurs d'activité plutôt que de démographie pure serait bien plus pertinente, notamment pour deux raisons : variation du volume d'activité d'un professionnel à un autre, mais aussi la grande mobilité intra régionale faisant que nombre de patients d'Île-de-France ne sont pas traités en ambulatoire près de leur lieu de résidence, mais près de celui de leur travail.

Une telle approche paraît, nous le comprenons, beaucoup plus difficile à mettre en œuvre, mais c'est bien dommage.

Une solution intermédiaire pourrait s'appuyer sur un calcul en ETP (équivalent temps plein), avec toutefois la difficulté d'établir une telle base : actuellement par exemple l'ETP est fixé à 7 actes par jour pour l'UNCAM, à 15 actes par jour pour la CPAM des Hauts-de-Seine, voire à 1 acte par an pour l'Assurance Maladie pour définir un « actif à part entière » !

2. Les types de zones identifiées

Le premier zonage retenait deux types de zones : déficitaires et fragiles, correspondant respectivement à 7,1% et 5,82% de la population francilienne.

La décision d'étendre les zones fragiles à 22,9% de la population – montrant la volonté d'accroître les territoires éligibles pour améliorer l'impact des mesures – reçoit tout notre agrément, à la condition toutefois que les capacités d'accompagnement, notamment financières, soient à la mesure du challenge.

3. La démographie des kinésithérapeutes

Si la méthodologie du zonage entend que celui-ci « se veut pluri professionnel, les professionnels de santé étant interdépendants et complémentaires sur un même territoire », le constat est que comme trop souvent les diverses aides vont préférentiellement au monde médical (CESP, PTMG,...).

Le principe généralement adopté du soutien aux médecins, comptant par-là que la gravitation des autres professions de santé autour de ces derniers se fera naturellement, et donc sans effort de soutien particulier, est cruellement ressentie par les professionnels paramédicaux, notamment les kinésithérapeutes, comme une discrimination injuste à leur détriment, **d'autant plus que les revenus moyens de leur activité sont bien inférieurs** et que leurs charges ne le sont pas moins, notamment eu égard à la nécessité de plateaux techniques importants.

L'analyse de la démographie francilienne des kinésithérapeutes fait ressortir des éléments que nous tenons à mettre en évidence, et souhaitons que soient envisagées avec l'Agence d'autres solutions pour y remédier : ce sera l'objet de nos « propositions complémentaires ». L'ensemble des données de notre analyse figure en annexe du présent document.

3.1. Données d'analyse

Les données que nous avons retenues sont, pour chaque canton de la région, le nombre de kinésithérapeutes libéraux en activité, le nombre et le taux de ceux de plus de 55 ans, et leur densité pour 100.000 habitants.

Pour les propositions d'étude de soutien à des zones complémentaires au zonage, nous avons retenu, dans chaque département, la valeur moyenne de la densité en professionnels. Par exemple, en Seine-et-Marne, la densité moyenne dans les zones identifiées déficitaires est de **47,90**, nous proposons d'étudier les zones non retenues au zonage présentant une densité égale ou inférieure. Une exception sera précisée concernant les Hauts-de-Seine.

3.2. Île-de-France

Pour l'ensemble de la région, nous comptons 9.410 kinésithérapeutes, dont 2.172 de plus de 55 ans (23,08%) et une densité de 79,48.

La révision du zonage aboutit à l'identification de 29 territoires déficitaires et 73 fragiles (et non 74 comme annoncé en page 3 du document soumis à concertation).

3.3. Paris

La décision de l'Agence de procéder au zonage en prenant en compte les Grands Quartiers au lieu des Zones Urbaines Sensibles nous paraît plus pertinente, principalement pour deux raisons : le maillage est ainsi plus précis, et surtout il n'exclut pas de l'analyse les zones de la Capitale qui n'étaient pas classées en ZUS.

L'URPS-MK-IDF n'étant pas en mesure, dans le laps de temps imparti pour la concertation, d'affiner ses propres données à l'échelle des Grands Quartiers (nous sommes restreints à l'échelle de l'arrondissement) nous ne pourrions pour l'instant émettre de propositions quant au zonage de Paris intra-muros.

3.4. Seine-et-Marne

Le département compte 778 kinésithérapeutes, dont 193 de plus de 55 ans (24,81%) et une densité de 59,47. Ces deux derniers indicateurs sont défavorables par rapport à l'ensemble de la région.

Sont identifiés 7 territoires déficitaires et 18 fragiles.

Parmi les déficitaires, 2 présentent une densité de kinésithérapeutes supérieure à la moyenne du département (La Chapelle-la-Reine et Nangis), le premier présentant même un taux de plus de 55 ans inférieur à la moyenne du département.

Parmi les fragiles, 4 sont dans la même situation (Brie-Comte-Robert, La Ferté-sous-Jouarre, Lorrez-le-Bocage-Préaux, Moret-sur-Loing), dont deux ont également un taux de plus de 55 ans plus favorable.

Propositions complémentaires

Sur l'ensemble des 20 autres cantons du département, 4 méritent d'être étudiés en tant que déficitaires selon la méthode annoncée ci-avant, et 1 fragile.

Déficitaires :

- Combs-la-Ville
- Meaux-Nord
- Meaux-Sud
- Roissy-en-Brie

Les 2 premiers présentent même des densités inférieures à toutes les zones identifiées par l'Agence dans ce département.

Fragile :

- Coulommiers

3.5. Yvelines

1.104 kinésithérapeutes en activité libérale, dont 268 de plus de 55 ans (24,28%) et une densité de 78,09 : ici aussi des indicateurs en-deçà de la moyenne régionale.

L'ensemble des zones identifiées, les 2 déficitaires comme les 7 fragiles, présentent des indicateurs défavorables par rapport à la moyenne du département : ici la proposition de zonage paraît plus conforme à notre réalité.

Propositions complémentaires

Toutefois, partant des mêmes critères, 2 zones parmi les 31 autres cantons mériteraient d'être étudiées comme fragiles :

- Houdan
- Saint-Germain-en-Laye-Nord

3.6. Essonne

860 kinésithérapeutes, dont 199 de plus de 55 ans (23,14%) et une densité de 70,19 : les deux indicateurs sont ici aussi plus mauvais que la moyenne régionale.

Les 2 territoires identifiés déficitaires présentent des indicateurs conformes, concernant les kinésithérapeutes.

Cependant, parmi les 8 fragiles, 2 sont étonnamment bien pourvus en kinésithérapeutes (Draveil et Juvisy-sur-Orge) avec des densités supérieures à la moyenne départementale, et même régionale.

Propositions complémentaires

Les indicateurs que nous avons retenus montrent que 7 des 31 autres cantons mériteraient d'être étudiés comme fragiles :

- Athis-Mons
- Brétigny-sur-Orge

- Évry
- Les Ulis
- Ris-Orangis
- Savigny-sur-Orge
- Viry-Châtillon

3.7. Hauts-de-Seine

1.386 kinésithérapeutes, dont 303 de plus de 55 ans (21,86%) et une densité de 87,63 : tous indicateurs plus favorables que la moyenne régionale.

Le zonage n'a pas identifié de zone déficitaire dans ce département, et seulement 2 zones fragiles : Villeneuve-la-Garenne où la densité des kinésithérapeutes est effectivement de 31,19, donc bien inférieure aux moyennes départementale et régionale, mais aussi Vanves où nos chiffres sont très étonnants, avec une densité de 129,52 très nettement supérieure aux moyennes.

Cet artéfact dont nous n'avons pas encore identifié les raisons, nous a poussés à envisager une autre approche pour les autres cantons du département : en effet, en appliquant la même méthode que précédemment, nous aurions été amenés à proposer de classer en zones fragiles 13 des 15 autres cantons.

Nous proposons ici d'étudier les cantons présentant une densité inférieure ou égale à celle de Villeneuve-la-Garenne majorée de 50%, soit 46,79.

Propositions complémentaires

Les 2 cantons suivants mériteraient d'être étudiés comme fragiles :

- Bagneux
- Gennevilliers

Avec une densité de 31,19 (soit **moins d'1/3 de la densité régionale**), le canton de Villeneuve-la-Garenne pourrait mériter un classement en zone déficitaire.

3.8. Seine-Saint-Denis

675 kinésithérapeutes, dont 171 de plus de 55 ans (25,33%) et une densité de 44,11 en font le département de la région présentant les plus mauvais indicateurs.

Les 9 zones déficitaires comportent 3 cantons où la densité de kinésithérapeutes est supérieure à la moyenne départementale, mais en restant très médiocre (46,35 pour le moins mauvais).

De même pour les 9 zones fragiles, **où 4 d'entre elles sont moins mauvaises que la moyenne départementale**, mais 1 dont la densité est la plus faible de toute la région (13,22).

Propositions complémentaires

L'ensemble des cantons de ce département hormis Le Raincy présente une densité en kinésithérapeutes inférieure à la moyenne régionale, le plus souvent très nettement, et **31 des 32 cantons auraient mérité d'être classés dans le zonage, relativement à la situation des autres départements de la région**. Nous comprenons aisément que cela ne soit pas possible.

Cependant, 2 cantons présentent des densités très inférieures à celles des zones identifiées, et mériteraient d'être étudiés avec un critère déficitaire :

- Sevran
- Villepinte

3.9. Val-de-Marne

1.020 kinésithérapeutes, dont 212 de plus de 55 ans (20,78%) et une densité de 76,47 relativement proche de la moyenne régionale.

Une zone déficitaire (Orly), et 7 fragiles dont l'une (Villeneuve-le-Roi et Ablon-sur-Seine) ne le semble pas en termes d'offre de kinésithérapie.

Propositions complémentaires

Sur les 28 autres cantons, 5 nous semblent mériter une étude, dont 2 présentent même des densités inférieures à celle d'Orly, pourtant classé déficitaire.

Déficitaires :

- Cachan
- Villeneuve-Saint-Georges

Fragiles :

- Boissy-Saint-Léger
- Choisy-le-Roi
- Vitry-sur-Seine

3.10. Val d'Oise

795 kinésithérapeutes, dont 171 de plus de 55 ans (21,51%) et une densité de 67,35.

6 zones déficitaires identifiées, dont 2 présentent une bonne densité (Auvers-sur-Oise et Marines) et 11 fragiles dont 3 présentent une bonne densité, notamment Herblay et Saint-Gratien.

Propositions complémentaires

Selon les mêmes critères, 4 des 19 autres cantons mériteraient une étude.

Déficitaires :

- Cergy-Sud
- Villiers-le-Bel

Fragiles :

- Cergy
- Franconville

II. Révision du SROS hospitalier

Tous les volets du SROS hospitalier proposés à la révision ne concernent de toute évidence pas les kinésithérapeutes.

Nous en avons retenu deux où notre profession est plus particulièrement impliquée, tant pour les professionnels salariés de structures que pour les professionnels libéraux :

- Le volet Soins de Suite et de Réadaptation
- Le volet Hospitalisation À Domicile

1. Volet SSR

Les modifications proposées par la révision de ce volet se limitent au développement de la prise en charge en hospitalisation de jour et à la gestion du risque lié aux bactéries hautement résistantes.

Eu égard aux échanges et travaux du Comité de pilotage du volet SSR du SROS hospitalier **auxquels l'URPS-MK-IDF** participe activement depuis sa mise en place, nous souhaitons apporter certains compléments indispensables aux fondamentaux du SSR, desquels découleront des développements nécessaires dans les articles suivants du volet.

Par ailleurs, l'URPS-MK-IDF souhaite mettre l'accent sur des éléments préexistants du SROS qui nous semblent insuffisamment développés ou pris en compte actuellement, et proposer les précisions qui en découlent dans la rédaction de ce volet.

1.1.Éléments méritant attention particulière

Article 13.1.2

- la valorisation de la mission « ressource » du SSR avec son offre d'un plateau technique défini, ses capacités d'évaluation du handicap, et son rôle de coordination
.../...
- une valorisation des bilans et des évaluations de l'HDJ et des plateaux techniques
.../...
- Une réflexion sur la démographie professionnelle médicale et para-médicale dans le champ du SSR est intégrée dans le volet général du SROS hospitalier pour répondre au déficit particulièrement criant dans certaines professions (médecins MPR, kinésithérapeutes...)

Article 13.6.2.2

Le bilan SSR est ouvert à tous les partenaires du parcours de soins du patient, en particulier les professionnels libéraux, et peut être réalisé à différents moments de ce parcours. Il peut être organisé en bilan/évaluation de semaine pour revoir le projet thérapeutique et médico-social du patient handicapé et réaliser des bilans neuro-moteurs, orthopédiques et d'appareillage.

1.2.Propositions d'ajouts

Article 13.1.1 Les fondamentaux du SSR (page 329)

- Le SSR constitue un centre de communication et d'échange entre la ville et l'hôpital par l'ouverture aux libéraux de son plateau technique
- Le SSR constitue un centre ressource de formation clinique interprofessionnelle, de DPC mélangeant salariés et libéraux

- Le SSR constitue un centre privilégié de formation initiale du fait de la mixité de recrutement professionnel (mi-temps grâce à l'HDJ)
- Le SSR est un centre ressource pour l'expérimentation de protocoles et doit être associé à la recherche universitaire
- Le SSR doit être un lieu de partenariat avec les industriels de la santé afin de trouver des solutions innovantes dans un partenariat financier gagnant/gagnant
- Le SSR doit être le lieu d'expérimentation de protocoles de coopération sanitaire (article 51 de la Loi HPST) dans le domaine de la rééducation/réadaptation.

Article 13.1.2 Une mise en œuvre par étapes et pluriannuelle

Avant le dernier paragraphe [*Le lancement d'expérimentations (appartements thérapeutiques, ouverture des plateaux techniques sur l'extérieur au secteur libéral,...)*] :

Une cartographie des postes vacants sur la région doit permettre de définir clairement la politique de formation initiale à travers la révision des quotas. Une étude des conditions de rémunération de ces personnels (MPR, kinésithérapeutes) doit être réalisée. L'ouverture à temps partiel pour les libéraux envisagée. Les plans de carrière doivent être étudiés pour ces personnels, ainsi que le turn-over et le recours **à la main d'œuvre étrangère**.

Article 13.6.2.2 Développer la mission « ressource » du SSR au service du parcours de soins et de santé, dans le territoire

À la fin du 1^{er} paragraphe :

[*Cette organisation impose de désigner un coordinateur (médecin traitant ou le médecin de référence dans la spécialité)*] et de développer les relations entre les rééducateurs de l'établissement et les rééducateurs libéraux à travers l'utilisation d'un Système d'information et par le biais de symposiums, de favoriser le travail à temps partiel en HDJ SSR, les formations et la communication, le partage de stagiaires, l'utilisation du plateau technique, les protocoles de recherche, la formation initiale et continue (SSR lieu de DPC).

Conclusion

En conclusion, un SSR doit pouvoir :

- ouvrir ses plateaux techniques de **bilan** et de rééducation aux kinésithérapeutes libéraux
- créer de la **recherche en rééducation**
- faire de la **formation** initiale et continue interprofessionnelle et salariés/libéraux
- faire des symposiums
- mieux rémunérer ses rééducateurs
- offrir aux **kinésithérapeutes libéraux** des postes à temps partiel en reprenant leur ancienneté, **permettant d'offrir à des professionnels expérimentés (master + expérience professionnelle + expérience de formateur) d'animer des équipes de rééducation** (donc embauchés en tant que cadres avec la même grille que les Cadres de santé), **d'être Maîtres de stages au sein du SSR**
- permettre la mise en place de **protocoles de coopération sanitaire** (article 51 de la Loi HPST)
- avoir une **mission de formation initiale et de recherche** pour tous ses rééducateurs (**exemple d'AMIENS qui a recruté 10 kinésithérapeutes en premier poste à l'échelon 6 avec dans leur contrat 80% de soins et 20 % d'enseignement et recherche**)
- participer, grâce à des **partenariats avec des industriels** au développement de la recherche sur les aides techniques ou des nouveaux modes de rééducation (isocinétique, électrostimulation, LPG, Power Plate, laser, cryothérapie, etc.) permettant un **financement d'équipe de recherche**
- participer à **l'évaluation des référentiels HAS** dans le domaine de la rééducation.

2. Volet HAD

Nous avons bien noté que la révision du volet Hospitalisation À Domicile est principalement gouvernée par la parution de nouvelles directives nationales relatives au positionnement et au développement de l'HAD.

L'Agence annonce que la révision du SROS est structurée par quatre grands axes, dont le premier nommé « *bascule ambulatoire* » doit « *permettre de développer les soins ambulatoires* », ce qui est a priori satisfaisant à nos yeux.

Cependant, mis à part la marge de progression possible relevée pour la prescription d'HAD à partir du domicile (p.393), aucune des modifications proposées ne semble venir en appui de cette bascule ambulatoire.

L'URPS-MK-IDF restera donc très vigilante, notamment dans le cadre des travaux du Comité de pilotage de l'HAD auxquels elle participe assidûment, sur la teneur et la mise en œuvre du cahier des charges de l'organisation de l'HAD en Île-de-France, comme sur son pilotage territorial.

Conclusion

La révision à mi-parcours du SROS-PRS, **à la fois pertinente et nécessaire, s'attache, pour les volets** qui concernent directement les kinésithérapeutes libéraux, à des refontes relativement mineures, en tous cas insuffisantes à nos yeux.

Nous souhaitons donc que les quelques propositions que nous avons avancées puissent **bénéficier d'une lecture attentive, et qu'elles permettent** une révision plus poussée du SROS-PRS d'Île-de-France.

Parallèlement, notamment concernant le volet ambulatoire, nous comptons que les propositions complémentaires que nous avons énoncées pourront être suivies de travaux **spécifiques entre l'URPS-MK-IDF et l'Agence.**

Nous tenant toujours à votre **disposition, à celle de l'Agence et de l'ensemble de ses services, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de nos salutations distinguées.**

Philippe COCHARD
Président



Annexe : Actualisation et évolution des zones déficitaires et fragiles en Île-de-France

La démographie des kinésithérapeutes

Sources : Populations légales des cantons en vigueur au 1er janvier 2014 (Insee, Recensement de la population 2011) – Kinésithérapeutes libéraux (CARPIMKO au 1er janvier 2014)
Synthèse complète des données : http://www.urps-mk-idf.org/urps/?page_id=4947813

Légendes :

zonage		À la zone de référence (région pour les départements, département pour les cantons)
supérieur	inférieur	
propositions		
fragile	déficitaire	

Île-de-France

Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
9410	2172	23,08	79,48

Seine-et-Marne

Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
778	193	24,81	59,47

Déficitaires :

	Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
Bray-sur-Seine	4	3	75,00	32,21
La Chapelle-la-Reine	9	2	22,22	69,35
Donnemarie-Dontilly	5	1	20,00	46,49
La Ferté-Gaucher	6	3	50,00	37,99
Lizy-sur-Ourcq	7	1	14,29	39,89
Mormant	10	0	-	42,69
Nangis	11	4	36,36	66,70

Fragiles :

	Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
Brie-Comte-Robert	31	7	22,58	73,57
Chateau-Landon	5	3	60,00	35,12
Claye-Souilly	24	7	29,17	50,57
Dammartin-en-Goële	25	3	12,00	54,87
La Ferté-sous-Jouarre	17	2	11,76	62,51
Lorrez-le-Bocage-Préaux	10	3	30,00	89,22
Montereau-Fault-Yonne	13	7	53,85	37,72
Moret-sur-Loing	30	6	20,00	88,50
Nemours	16	4	25,00	50,79
Provins	10	1	10,00	45,18
Rebais	4	0	-	29,37
Rozay-en-Brie	9	2	22,22	35,25
Tournan-en-Brie	15	1	6,67	57,02
Villiers-Saint-Georges	5	0	-	58,22
Savigny-le-Temple	15	7	46,67	41,23

Mitry-Mory	9	2	22,22	34,00
Noisiel	9	2	22,22	29,78
Le Mée-sur-Seine	12	7	58,33	45,19

Propositions	densité
Champs-sur-Marne	75,55
Chelles	54,94
Combs-la-Ville	27,72
Coulommiers	49,59
Crécy-la-Chapelle	67,14
Fontainebleau	128,67
Lagny-sur-Marne	64,48
Le Châtelet-en-Brie	71,53
Meaux	59,47
Meaux-Nord	30,49
Meaux-Sud	44,50
Melun	70,72
Melun-Nord	54,35
Melun-Sud	89,72
Perthes	63,94
Pontault-Combault	70,30
Roissy-en-Brie	44,85
Thorigny-sur-Marne	86,19
Torcy	57,57
Vaires-sur-Marne	60,43

Yvelines

Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
1104	268	24,28	78,09

Déficitaires :

	Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
Bonnières-sur-Seine	7	2	28,57	27,92
Mantes-la-Ville	14	3	21,43	41,46

Fragiles :

	Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
Aubergenville	22	9	40,91	67,99
Limay	19	7	36,84	42,56
Mantes-la-Jolie	17	3	17,65	39,78
Meulan	28	9	32,14	53,74
Trappes	7	1	14,29	23,67
Le Pecq	15	5	33,33	61,65
Andrézy	18	3	16,67	69,43

Propositions	densité
Chatou	54,53
Chevreuse	102,71

Conflans-Ste-Honorine	78,09
Guerville	59,89
Houdan	50,57
Houilles	59,08
La Celle-St-Cloud	53,95
Le Chesnay	154,11
Le Vésinet	108,97
Maisons-Laffitte	128,66
Marly-le-Roi	97,29
Maurepas	71,79
Montfort-L'Amaury	83,05
Montigny-le-Bretonneux	85,74
Plaisir	72,31
Poissy	82,31
Poissy-Nord	72,75
Poissy-Sud	147,83
Rambouillet	103,00
St Arnoult-en-Yvelines	106,62
St Cyr-L'Ecole	85,53
St Germain-en-Laye	118,07
St Germain-en-Laye-Nord	45,90
St Germain-en-Laye-Sud	115,10
St Nom-la-Bretèche	110,19
Sartrouville	64,16
Triel-sur-Seine	60,41
Velizy	101,39
Versailles	91,53
Versailles-Sud	80,35
Viroflay	101,76

Essonne

Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
860	199	23,14	70,19

Déficitaires :

	Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
Méréville	5	2	40,00	31,27
Grigny	7	3	42,86	25,75

Fragiles :

	Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
La Ferté-Alais	14	3	21,43	57,59
Montlhéry	23	5	21,74	57,30
Draveil (commune)	23	2	8,70	80,29
Morsang-sur-Orge	17	6	35,29	56,37
Saint-Germain-lès-Corbeil	23	9	39,13	66,73
Vigneux-sur-Seine (commune)	11	0	-	38,88
Juvisy-sur-Orge (commune)	12	4	33,33	80,40
Corbeil-Essonnes (regroupé)	19	8	42,11	38,59

Propositions	densité
Arpajon	64,70
Athis-Mons	51,34
Bievres	85,13
Brétigny-sur-Orge	47,95
Brunoy	90,22
Chilly-Mazarin	93,26
Dourdan	71,82
Epinay-sous-Sénart	103,66
Etampes	89,98
Etréchy	87,77
Evry	53,65
Evry-Nord	73,01
Evry-Sud	66,51
Gif-sur-Yvette	87,28
Les Ulis	32,46
Limours	106,64
Longjumeau	70,22
Massy	97,66
Mennecy	72,75
Milly-la-Forêt	96,14
Montgeron	69,74
Orsay	101,64
Palaiseau	68,56
Ris-Orangis	51,87
Saint-Chéron	78,56
St Michel-sur-Orge	69,22
Ste Geneviève-des-Bois	89,15
Savigny-sur-Orge	59,24
Villebon-sur-Yvette	89,61
Viry-Chatillon	56,86

Hauts-de-Seine

Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
1386	303	21,86	87,63

Fragiles :

	Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
Vanves	35	7	20,00	129,52
Villeneuve-la-Garenne	8	2	25,00	31,19

Propositions	densité
Asnières	59,96
Bagneux	44,73
Bois-Colombes	69,13
Chatenay-Malabry	74,80
Chatillon	86,81
Clamart	77,75

Clichy	57,18
Colombes	49,35
Fontenay-aux-Roses	64,41
Gennevilliers	38,15
La Garenne-Colombes	77,74
Malakoff	74,75
Nanterre	52,52
Puteaux	73,85
Suresnes	81,06

Seine-Saint-Denis

Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
675	171	25,33	44,11

Déficitaires :	Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
Clichy et Montfermeil	17	7	41,18	30,47
Bagnolet	16	7	43,75	46,35
Le Blanc-Mesnil	24	2	8,33	46,22
Bobigny	11	5	45,45	23,29
La Courneuve	12	5	41,67	30,93
Epinay-sur-Seine	25	6	24,00	45,83
Neuilly-sur-Marne	13	4	30,77	38,22
Pierrefitte-sur-Seine et Villetaneuse	17	6	35,29	41,80
Saint-Ouen	21	4	19,05	43,94

Fragiles :	Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
Le Bourget et Dugny	12	3	25,00	46,58
Neuilly-Plaisance	10	3	30,00	48,30
Romainville	9	0	-	35,27
Stains	12	2	16,67	34,45
Aubervilliers	10	3	30,00	13,22
Drancy	18	3	16,67	27,01
Montreuil	58	8	13,79	56,27
Pantin	32	12	37,50	59,48
Saint-Denis et L'Île-St-Denis	32	14	43,75	27,87

Propositions	densité
Aulnay-sous-Bois	43,96
Bondy	47,12
Gagny	58,40
Le Raincy (commune)	93,33
Les Pavillons-sous-Bois	45,21
Les Lilas	66,53
Livry-Gargan	42,82
Noisy-le-Grand	74,86
Noisy-le-Sec	57,16
Rosny-sous-Bois	70,29
Sevran	21,97

Tremblay-en-France	43,53
Villemomble	74,02
Villepinte	25,10

Val-de-Marne

Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
1020	212	20,78	76,47

Déficitaire :

	Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
Orly	7	2	28,57	32,84

Fragiles :

	Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
Bonneuil-sur-Marne	8	3	37,50	49,27
L'Hay-les-Roses	17	3	17,65	55,60
Villeneuve-le-Roi et Ablon-sur-Seine	19	8	42,11	79,72
Chevilly-Larue et Rungis	13	0	-	53,30
Valenton	5	1	20,00	41,87
Alfortville	31	5	16,13	69,58
Gentilly	5	2	40,00	29,59

Propositions

	densité
Arcueil	84,57
Boissy-St-Léger	40,52
Bry-sur-Marne	62,55
Cachan	17,60
Champigny-sur-Marne	59,36
Charenton-le-Pont	129,11
Chennevières-sur-Marne	72,37
Choisy-le-Roi	45,94
Créteil	67,38
Fontenay-sous-Bois	70,17
Fresnes	75,84
Ivry-sur-Seine	61,87
Joinville-le-Pont	122,54
Le Kremlin-Bicêtre	76,53
Le Perreux-sur-Marne	93,33
Maisons-Alfort	101,37
Nogent-sur-Marne	94,35
Ormesson-sur-Marne	61,28
Saint-Mandé	170,46
St Maur-des-Fossés	148,36
Sucy-en-Brie	89,65
Thiais	65,00
Villecresnes	107,64
Villejuif	57,22
Villeneuve-St-Georges	27,46
Villiers-sur-Marne	56,13
Vincennes	147,99

Val d'Oise

Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
795	171	21,51	67,35

Déficitaires :

	Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
Bezons (commune)	9	5	55,56	31,76
Gonesse	14	3	21,43	37,42
Marines	9	2	22,22	72,17
Viarmes	12	2	16,67	55,13
Auvers-sur-Oise	14	3	21,43	80,35
Garges-lès-Gonesse et Bonneuil en France	17	4	23,53	42,04

Fragiles :

	Nb kinés	de plus de 55 ans	% de + 55	densité
Cormeilles-en-Parisis	28	8	28,57	65,20
Magny-en-Vexin	8	5	62,50	46,81
Pontoise (commune)	23	5	21,74	76,96
Saint-Ouen-L'Aumône	12	1	8,33	36,34
Vigny	5	0	-	45,54
Beauchamp	16	2	12,50	65,33
Goussainville	13	2	15,38	31,95
Herblay	32	5	15,63	103,23
Saint-Gratien (commune)	19	3	15,79	92,89
Sarcelles (commune)	37	4	10,81	63,35
Argenteuil (commune)	45	11	24,44	43,15

Propositions

	densité
Beaumont-sur-Oise	64,89
Cergy	56,56
Cergy-Nord	113,36
Cergy-Sud	47,30
Domont	133,22
Eaubonne	111,11
Ecouen	73,55
Enghien	86,86
Ermont	73,24
Franconville	56,69
L'Hautil	65,62
L'Isle-Adam	127,71
Luzarches	82,24
Montmorency	64,26
St Leu-la-Forêt	105,47
Sannois	71,14
Soisy-sous-Montmorency	109,06
Taverny	84,80
Villiers-le-Bel	46,15

CONTRIBUTION A LA REVISION DU SROS IDF

Une des préoccupations fondamentales de la Mutualité Française concerne **l'accès aux soins de proximité et de qualité pour l'ensemble de la population**, quelles que soient ses conditions financières, sociales, culturelles ou psychologiques.

Actualisation et évolution du zonage du SROS volet ambulatoire

En premier lieu, il est à souligner que ni la base de données sur laquelle s'est appuyée l'ARS pour réaliser le zonage, ni ses modalités d'exploitation n'étaient à disposition. Cela a complexifié l'analyse du nouveau zonage dans la mesure où :

- La récolte des données doit s'effectuer sur plusieurs sites : l'INSEE (données démographiques 2012), cartosanté (données sanitaires 2013) et du CRIES IDF (IDH2 2008) ;
- L'exportation est impossible sur cartosanté et le CRIES IDF, nécessitant une saisie manuelle de chaque information ;
- Le nombre de cantons retenus diffère suivant les sources, ce qui rend les données non sécurées (ex : Montfermeil) ;
- Certaines bases internet sont incomplètes (ex : activité moyenne des médecins sur Seine Denis Sud).

Globalement la mise à jour et l'extension du zonage sont positives. Les cantons ou quartiers identifiés par l'ARS sont également des quartiers prioritaires au regard de la politique de la ville. De même, les cantons à la population « socialement fragilisée » (IDH2 inférieur ou égal à 0.3) ont été intégrés dans les territoires déficitaires ou fragiles.

Toutefois, **deux zonages nous posent question** :

- **Noisy le sec :**

Il est demandé de requalifier le **canton de Noisy le sec en zone fragile.**

- **L'accessibilité au médecin généraliste est fragile** : le taux de consommation de soins des habitants au sein du canton est important : 62.7%. Pour autant, la densité de médecins est faible : 5.5 pour 10 000 habitants. De plus, sans nouvelle installation, d'ici 10 ans leur nombre devrait baisser de 41% ;
- **L'offre complémentaire est également fragile** : même si la densité de dentiste est actuellement légèrement au-dessus de la moyenne départementale, sans nouvelle installation, leur nombre devrait baisser de 53% d'ici 10 ans. De plus, le nombre d'infirmiers devrait baisser de 21% et de kiné de 22%.
- **La fragilité sociale de la population est importante** (IDH2 entre 0.41 et 0.47). Seuls 3.7% des cantons d'Ile de France sont plus fragiles socialement. Noisy le sec a une fragilité sociale équivalente aux cantons de Drancy et du Blanc Mesnil ;

- **Gennevilliers**

Gennevilliers est situé dans un canton identifié comme « intermédiaire » par le SROS.

⇒ **Quels sont les dispositifs financiers prévus pour les territoires dits intermédiaires ?**

Nous tenons à souligner que la prise en compte des inégalités sociales de santé en Ile de France ne peut pas reposer sur le seul critère géographique, même si il participe à l'amélioration de l'accès aux soins. D'autres critères doivent être pris en compte pour répondre à cette problématique d'accès aux soins : secteur 1, dépassements d'honoraires, tiers payant, coordination des soins... Plus globalement, il nous semble important de s'attacher à la logique **du parcours global de santé**.

Révision du SROS volet hospitalier

- **Volet SSR**

Concernant le volet SSR, le document prévoit des implantations supplémentaires de SSR respiratoire dans le 92 et de SSR neurologie dans le 78.

Quelles sont les nouvelles implantations prévues ? Sur quel territoire ? A quel horizon ?

- **Volet Insuffisance rénale chronique**

L'objectif est de favoriser la dialyse à domicile ou en EHPAD. Pour cela les implantations disponibles en centre lourd seront réduites via des fusions d'établissements. Or, les établissements mutualistes de Fleury Merogis, Maisons Laffite et l'IMM prennent en charge l'insuffisance rénale chronique dans le cadre de séjours.

⇒ **Quelles seront les structures faisant l'objet de rapprochement ? Sur quels critères seront-elles choisies ?**

- **Volet Réanimation**

Concernant le premier texte relatif à l'amélioration de la qualité de la prise en charge, deux points posent question :

- Comment seront désignés les experts en charge de la définition des indicateurs ?
- Un indicateur prenant en compte la qualité de vie du patient (environnement, prise en charge, communication) afin de réduire l'impact psychologique de ce type de prise en charge devrait être intégré.

- **Volet Médecine et Cancérologie**

L'objectif est d'ajuster l'offre aux besoins. Pour autant le document ne précise pas ici encore les structures impactées.

- **Volet HAD**

Nous nous interrogeons sur son développement qui se fait par substitution à l'hospitalisation conventionnelle prioritairement dans les zones où le taux de recours est le plus faible. Selon nous, la question de l'hospitalisation à domicile doit être intégrée à une réflexion structurant un projet global visant au développement d'une prise en charge plus cohérente pour notre région entre le HAD et les SSIAD, visant à la synergie entre le sanitaire et le médico-social. L'ARS a un rôle à jouer afin d'améliorer l'offre de santé à domicile et là encore nous pensons qu'il faut privilégier la logique du parcours santé à domicile plutôt que le seul redéploiement de places en HAD. Le développement des moyens sur le HAD ne devrait pas se faire sans un tel projet global et notamment au détriment de moyens à accorder aux SSIAD qui sont en capacité de développer un accompagnement médico-social de qualité et moins coûteux.

Enfin, nous tenons à souligner que nous regrettons la publication tardive de cette révision du PRS qui rend difficile une étude approfondie.



LISTE DES CONTRIBUTIONS DES COMMISSIONS SPÉCIALISÉES DE LA CRSA ÎLE-DE-FRANCE

Commission spécialisées de l'organisation des soins.

**Commission spécialisées pour les prises en charge et accompagnements
médico-sociaux.**

Commission spécialisée « Prévention.

Avis de la CSOS réunie le 21 janvier 2015 sur le projet de révision du SROS (volet hospitalier)

Le projet de révision du SROS est limité dans son périmètre et dans son amplitude. Toutefois il amorce des évolutions qui appellent de la part de la CSOS les observations suivantes :

1. Equipements lourds

L'augmentation du parc d'équipements d'imagerie notamment d'IRM répond à des exigences de santé publique (mise en œuvre des plans cancer et AVC) et permettra de réduire les délais d'accès à ces équipements. A ce titre, la CSOS accueille favorablement cette proposition.

2. La « bascule ambulatoire » (développement de l'hospitalisation de jour de SSR, de l'hospitalisation à domicile ; suppression des freins au développement des prises en charge de l'IRC) à domicile, répond à des évolutions mises en évidence par le projet régional de santé : la « préférence pour le domicile », la prédominance des maladies chroniques, l'impact du vieillissement sur le contenu des prises en charge.

Toutefois, elle ne doit pas conduire à fragiliser les populations précaires ou vulnérables, les personnes âgées ou en situation de handicap qui doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement adapté garantissant la continuité et la qualité de leur prise en charge.

Par ailleurs la bascule ambulatoire doit s'opérer avec pragmatisme, de manière progressive et être accompagnée de manière à prendre en compte tous les impacts sur les plans médical, social et financier ; tant pour les patients, que pour les établissements et les acteurs du domicile.

3. Hospitalisation à domicile

Le développement de l'HAD doit s'opérer de manière pragmatique, différenciée selon les territoires et compte tenu de l'ensemble de l'organisation existante sur les plans sanitaire, hospitalier, ambulatoire et médico-social.

L'appropriation par l'ensemble des acteurs de ce mode d'hospitalisation, l'insertion de l'HAD dans une offre globale et coordonnée de soins au sein de chaque territoire conditionnent ce développement. Par ailleurs, le recours à l'HAD ne doit pas conduire à fragiliser socialement et financièrement les patients les plus vulnérables pour lesquels l'hospitalisation à temps complet peut constituer le mode d'hospitalisation le plus adapté.

Pour permettre le développement de l'HAD, conformément aux préconisations ministérielles, le SROS devrait prévoir des implantations supplémentaires en plus grand nombre et favoriser l'émergence de nouveaux acteurs.

La CSOS prend acte des assurances fournies par l'ARS lors de sa séance du 21 janvier 2015 quant à l'ouverture à de nouveaux acteurs et quant aux modalités de développement de l'HAD et des modifications apportées au projet de révision initial.

4. Soins critiques

Le SROS propose d'améliorer la qualité et la sécurité des « soins critiques » (réanimation, urgences vitales, unités de soins intensifs, unités de surveillance continue) sur la base d'un tableau de bord d'indicateurs de qualité et en organisant une gradation des soins critiques sur un même territoire.

Cet objectif d'amélioration n'est pas contestable.

Toutefois la gradation des soins doit prendre en compte l'exigence, relative, de proximité.

5. La cancérologie

La révision des bornes hautes en matière d'implantation des autorisations de chirurgie cancérologique doit préserver des possibilités d'évolution de l'offre de chacun des territoires afin de ne pas « casser » les dynamiques médicales et favoriser l'émergence d'équipes nouvelles notamment, dans le cadre de dispositifs de coopération.

Au vu des données, détaillées par territoire, transmises par l'ARS lors de sa séance du 21 janvier 2015, la CSOS prend acte du fait que le SROS révisé rend toujours possible des évolutions de l'offre cancérologique.

6. Lits identifiés de soins palliatifs

La CSOS prend acte de la publication des décisions de reconnaissance contractuelle des lits identifiés de soins palliatifs.

XX

De manière générale, le SROS doit permettre l'émergence de nouveaux projets, favoriser les initiatives et les innovations dans tous les domaines d'activité. Le SROS ne peut se contenter de figer les situations.
--

Au vu des réponses et des assurances apportées par l'ARS lors de sa séance du 21 janvier 2015, la CSOS émet un avis favorable au projet de révision du volet hospitalier du SROS par 23 voix pour et 1 abstention.

COMMISSION SPECIALISEE POUR LES PRISES EN CHARGES ET ACCOMPAGNEMENTS MEDICO-SOCIAUX

REUNION DU 6 FEVRIER 2015

Révision du SROS

Contribution

La commission pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux réunie le vendredi 6 février sous la présidence de Françoise FORET, a examiné un texte de synthèse rédigé par la Présidence de la Commission à partir de contributions de membres de la commission, de représentants d'usagers (CODERPA, CISS, contributions individuelles ...) et de fédérations hospitalières et médico-sociales.

La commission est favorable aux orientations proposées, principalement le développement de l'Hospitalisation à domicile et de l'hospitalisation partielle en service de soins de suite et de réadaptation, avec le principe dit de « bascule ambulatoire ».

Mais il lui semble nécessaire de mieux prendre en compte les incidences de ces mesures, pour dépasser une approche purement comptable et rompre les cloisonnements « culturels » entre le sanitaire et le médico-social, et ceci sur deux points essentiels :

- **en terme de coordination des approches** avec les autres champs : avec les professionnels de santé de ville, le volet médico-social, ou les services d'aide et de soins à domicile. Il apparaît par exemple paradoxal de développer l'HAD sans s'assurer de la cohérence de cette bascule ambulatoire avec l'évolution de la démographie médicale, ou sans promouvoir une coordination avec le volet médico-social pour une offre coordonnée de l'HAD dans le médico-social (EHPAD-Etablissements médicosociaux pour personnes en situation de handicap) ou avec les services d'aide et de soins à domicile.
- **en terme d'accompagnement de la vie quotidienne des usagers**, un tel développement des alternatives à l'hospitalisation ne devant pas faire l'économie de réflexions complémentaires sur l'hospitalisation de jour ou les consultations de suivi, sur les conséquences de la promotion du maintien ou du retour à domicile et sur les besoins des usagers à prendre en compte.

1- LA MESURE DES CONSEQUENCES DE LA BASCULE AMBULATOIRE DANS LA VIE QUOTIDIENNE DES PATIENTS N'EST PAS SUFFISAMMENT PRISE EN COMPTE.

Si la commission est favorable au principe du développement des alternatives à l'hospitalisation complète, tant en HAD qu'en Service de soins de suite en hospitalisation partielle, elle s'interroge sur les modalités de mise en œuvre proposées par cette révision pour les patients eux-mêmes et sur la maîtrise des conséquences de la bascule ambulatoire en matière d'égalité d'accès aux soins et de qualité de l'accompagnement des patients hospitalisés à domicile.

Il faut s'assurer que l'ensemble des besoins quotidiens des patients hospitalisés à domicile soit anticipé, évalué et pris en compte, notamment en matière :

- d'accompagnement des aidants familiaux, sur qui pèsera une responsabilité accrue, et de réponse à leurs besoins spécifiques ;
- de formation et rémunération des services d'aide intervenant à domicile auxquels il peut être fait recours ;
- de coûts d'aménagement des logements des patients le cas échéant ;
- de soutien aux patients sans aidant naturel, en situation de précarité, isolés.

La bascule vers l'ambulatoire entraînant la diminution de l'offre en hospitalisation complète au profit du développement de l'hospitalisation de jour, il convient de prendre en compte les incidences fortes de cette promotion de l'hospitalisation de jour en matière de transports pour les patients et d'accompagnement.

- **Enfin, ceci ne doit pas occulter le principe du respect du libre choix du patient en matière de dispositif d'HAD.**

2- LE CHAMP DE LA REVISION DU SROS HOSPITALIER NE TIENT PAS SUFFISAMMENT COMPTE DE CERTAINS ENJEUX MEDICO-SOCIAUX SOUS-JACENTS.

La commission s'interroge tout d'abord sur la limitation du champ de la révision, au seul volet hospitalier et les raisons de l'absence de révision du volet médico-social, alors que certaines modifications proposées pour le volet hospitalier peuvent avoir un lien étroit avec le secteur médico-social, voire pourraient utilement concourir à sa restructuration. A titre d'exemple, la création de SPASAD (regroupement des SSIAD et des SAAD) souhaitée par le gouvernement, aurait pu être introduite comme un objectif majeur pour les 5 prochaines années, et ainsi permis la construction d'une offre coordonnée d'aide et de soins, articulée avec le développement de l'HAD.

a- Les enjeux du développement de l'HAD :

La Circulaire DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social ayant pour objet de préciser les modalités d'application des deux décrets du 6 septembre 2012, vise à garantir l'accès à l'HAD de toutes les personnes qui le nécessitent et qui répondent à ses indications, qu'elles soient handicapées, âgées, en situation de précarité ou qu'il s'agisse de mineurs pris en charge au titre de la protection, tant en matière administrative, civile que pénale.

Il semble que l'augmentation de capacité de 1 100 places supplémentaires à échéance du SROS (fin 2017) est plus raisonnable que l'échéance prévue dans le projet initial de révision du SROS de 2 000 places à horizon 2018.

Cependant, la mise en œuvre effective des deux dispositions suivantes fait question :

- Le développement de l'HAD se fait par substitution à l'hospitalisation conventionnelle (avec hébergement) **prioritairement dans les zones où le taux de recours est le plus faible.**
- La distinction entre ES-HAD installés (siège ?) et ES-HAD intervenants (zones d'intervention ?) et ses **fondements juridiques** relatifs à la procédure d'autorisation.

Par ailleurs, il est souhaité que les modalités de développement de cette activité fassent l'objet d'une attention et d'une stratégie toutes particulières, privilégiant :

- Une démarche d'expérimentations du fait d'une nécessaire montée en charge progressive pour un développement « harmonieux » et cohérent, sur les « territoires » prioritaires en termes de recours à l'HAD.
- **Une programmation spécifique du développement de l'HAD dans les établissements sociaux (notamment CHRS) et médicosociaux (EHPAD, MAS, FAM, IME, ...) pour permettre l'accès au droit commun aux personnes vivant dans un domicile dit de substitution.**
- L'élaboration d'une démarche concertée et modélisable de développement, avec l'ensemble des partenaires concernés d'un bassin de vie.
- La cohérence entre le plan de développement de l'HAD, et le plan de restructuration du secteur médico-social, piloté par l'Agence.

b- **Les enjeux spécifiques de l'HAD dans les EHPAD :**

Selon la commission, plusieurs freins spécifiques aux EHPAD méritent d'être soulignés et appréhendés :

- Sur un plan financier : **le tarif minoré** de 13 % depuis 2012, lié au fait que l'Assurance Maladie finance déjà les EHPAD et que certaines tâches usuellement assurées par le personnel de l'EHPAD, le seraient ici par celui de l'HAD.
- Sur un plan relationnel : **une méconnaissance réciproque** : l'HAD ne fait pas partie du « chemin clinique » des EHPAD. Habités à organiser les prises en charge avec leurs moyens et ceux de leurs partenaires (libéraux, équipes mobiles, réseaux), à évaluer les risques, les EHPAD n'ont pas « le réflexe HAD ». De son côté, entre deux prises en charge, à domicile et en EHPAD, l'HAD privilégie, à situation égale sur le plan des besoins en soins, le domicile du fait de son isolement.
- Sur un plan juridique : **la liste limitative des indications** de prise en charge pour l'admission en HAD d'un résident d'EHPAD (arrêté du 16 mars 2007) diminue d'emblée les possibilités d'intervention de l'HAD en EHPAD.

Le document de révision du SROS prévoit la réalisation d'un cahier des charges pour permettre la mise en œuvre de la circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD). Selon nous, il devrait préciser la pertinence des prises en charge en HAD aussi bien à l'entrée que dans la durée.

c- La prise en compte d'un volet « soins palliatifs » ou la mise à disposition d'équipes mobiles de soins palliatifs dans les ESMS :

Des personnes handicapées vivant en foyer de vie, en FAM, en MAS doivent pouvoir avoir accès aux soins palliatifs de même que les résidents en EHPAD, car cela correspond à la nécessité de permettre aux personnes accueillies dans ces structures de finir leurs jours "chez elles", car ces établissements sont souvent, voire très majoritairement pour les personnes âgées, leur "chez soi" sans alternative familiale.

En conséquence, la commission propose l'introduction d'une certaine souplesse dans l'application de cette révision, qui ne doit pas être faite à n'importe quelle vitesse, de manière uniforme et à n'importe quel prix.

Ainsi, dans la suite de la note interfédérale (FHF, FEHAP, URIOPSS, FHP) envoyée à l'ARS à ce sujet, il est souhaité une certaine souplesse puisse être introduite dans l'ensemble des thématiques. Il s'agit de pouvoir tenir compte de besoins exceptionnels ou non encore suffisamment pris en compte dans le SROS et d'ouvrir la possibilité de déposer des évolutions de projets existants, de les voir déclarés recevables, tout en veillant au respect des orientations générales du SROS.

Par ailleurs, est souligné l'intérêt de la précision : « il est recommandé que ces objectifs soient progressivement atteints tout au long de la période d'exécution du schéma et que les demandes soient priorisées en fonction de la qualité de leur projet médical ». Il est souhaité que l'agence s'attache à suivre et à évaluer la réalité de la mise en œuvre de cette recommandation.

Éléments de contributions de la commission prévention pour un avis de la CRSA sur la révision du SROS.

Pierre LOMBRAIL : président et Nathalie SENECALE : vice-présidente

8 février 2015.

Même si son avis n'est pas requis réglementairement, la commission prévention tient à contribuer à l'avis de la CRSA dans l'attente d'une meilleure prise en compte des enjeux de prévention, de promotion de la santé, donc de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, dans la politique régionale de santé.

Cette contribution se base sur des contributions écrites de certains de ses membres¹ et fait suite à un débat spécifiquement organisé sur ce thème lors de sa réunion du 6 février 2015. Elle prend également appui sur les échanges tenus depuis la nouvelle mandature lors des réunions précédentes et ceux du groupe inégalités sociales de santé aux travaux duquel participent plusieurs de ses membres.

A propos de la révision ciblée du SROS, la commission attire l'attention sur les points suivants relatifs aux enjeux d'autonomie des personnes :

- La commission note qu'il s'agit d'une révision partielle mais s'interroge sur l'absence de révision dans le champ médico-social alors qu'est affiché un axe prioritaire HAD avec « subsidiarité en ambulatoire et médico-social » (un tel projet « ne devrait pas se faire ... au détriment des moyens à accorder aux SSIAD » notamment).
- Elle recommande que la « bascule ambulatoire » tienne compte de la connaissance des inégalités de conditions de vie sur les territoires (de la qualité de l'habitat des personnes concernées à celle de leur support familial et social en passant par leurs capacités financières à faire face à l'augmentation de leurs restes à charge), de l'accessibilité des services ainsi que de la démographie médicale et paramédicale.
- Une telle politique doit donc s'accompagner d'une volonté sans faille de l'Agence de construire une politique de parcours de santé avec l'ensemble des secteurs concernés, les acteurs de santé d'une part (accès aux droits, couverture des restes à charge) et les acteurs d'autres déterminants, tout particulièrement ceux du logement et du social dans le cas d'espèce.
- il a par ailleurs été rappelé les logiques contradictoires qui s'imposent aux acteurs de terrain, les dispositifs incitatifs (ROSP) ne permettant pas de répondre aux besoins des populations les plus vulnérables.
- La diversité des situations dans la région plaide pour « l'introduction d'une certaine souplesse dans l'application du schéma » (le SROS soumis à révision ciblée, mais tous les schémas sont concernés).

¹¹¹ CISS IDF - Mutualité française IDF - FEHEAP-URIOPSS IDF - URPS Sages-femmes IDF - URPS MK IDF.

- La commission attire enfin l'attention sur les enjeux sociaux d'une telle « bascule » : il est indispensable de prévoir un accompagnement des personnels concernés par l'aide à domicile (formation, amélioration des conditions d'emploi et de travail, très précaires) au risque sinon de « rajouter de la dépendance à la dépendance » et de mettre en péril la viabilité du système.

A propos du zonage :

- la commission relaie le souhait des URPS de voir prise en compte « la complémentarité de l'offre basée sur les densités d'infirmiers, de kinés, de chirurgiens-dentistes, de médecins spécialistes du premier recours, de sages-femmes et le nombre de centres de santé sur le territoire » ;
- elle considère plus généralement que c'est l'ensemble des ressources du territoire qui doivent être mobilisées (donc comptabilisées) s'il s'agit réellement de bâtir un service territorial de santé au public, y compris donc les services de prévention collective (PMI, santé scolaire, santé au travail, planning familial, CDAG - CIDIST, ...)
- elle regrette l'absence de concordance des zones définies par l'Etat et l'Assurance maladie pour l'attribution des aides à l'installation des médecins, tout en s'étonnant que ces aides ne soient envisagées que pour les seuls médecins ;
- elle regrette également l'absence de prise en compte de la double dynamique créée par la Politique de la Ville et le développement des Contrats Locaux de Santé ;
- elle est soucieuse de l'évolution des compétences des différentes collectivités et s'inquiète plus particulièrement du devenir de l'action sociale jusque-là assumée par les départements, et de l'articulation entre villes et agglomérations dans la conduite d'une politique de santé de proximité.